

THE CHILDREN'S CLINIC, P.C.

www.childrens-clinic.com

Authorization for The Children's Clinic to Receive Medical Information

RELEASE FROM: _____

Name of person releasing information

Title (Patient, Physician, Attorney, etc...):

Facility name:

Street address:

City / State / ZIP:

Phone: _____

Fax: _____

E-Mail Address: _____

SEND TO: (Enter physician's name and check appropriate clinic location.)

Physician name: _____

The Children's Clinic PETERKORT
Peterkort Centre I
9555 SW Barnes Road
Suite 301
Portland, OR 97225
(503) 297-3371 FAX: 297-7975

The Children's Clinic TUALATIN
Medical Plaza 2
19260 SW 65th Avenue
Suite 340
Tualatin, OR 97062
(503) 691-9777 FAX: 692-6736

Patient's last name

First name

M.I.

Birth date

Patient's last name

First name

M.I.

Birth date

Patient's last name

First name

M.I.

Birth date

Purpose of release: _____

- All pertinent medical records X-Ray Films (specify): _____
 Specific Information as described: _____

***If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand and agree that this information will be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information.**

____ *HIV/AIDS ____ *Mental health ____ *Genetic testing ____ *Drug/Alcohol diagnosis, treatment, or referral information

Federal regulations require a description of how much and what kind of information is to be disclosed.) Describe: _____

This authorization may be revoked at any time except to the extent that the release of information has already occurred. Unless revoked earlier, this consent will expire 180 days from the date of signing or shall remain in effect for the period reasonably needed to complete the request. I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure and may no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict redisclosure of HIV/AIDS test or result information, mental health information, genetic testing information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

Signature of patient or patient's legal representative

Date

Printed name of patient or patient's legal representative

Date

Identity of requesting party verified

Relationship to patient _____

THE CHILDREN'S CLINIC, P.C.

www.childrens-clinic.com

Autorización para que The Children's Clinic Reciba historial médico y/o información

FORMA DE AUTORIZACIÓN: _____

Nombre de la persona que va a liberar la información: _____

Título (Paciente, Doctor, Abogado, etc.): _____

Nombre del edificio o asociación: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal (ZIP): _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

ENVIAR A: (Ponga el nombre de su doctor y marque la clínica a la que ASISTE.)

Nombre del Doctor: _____

The Children's Clinic PETERKORT
Peterkort Centre I
9555 SW Barnes Road
Suite 301
Portland, OR 97225
(503) 297-3371 FAX: 297-7975

The Children's Clinic TUALATIN
Medical Plaza 2
19260 SW 65th Avenue
Suite 340
Tualatin, OR 97062
(503) 691-9777 FAX: 692-6736

Apellido del paciente _____

Nombre _____

I _____

Fecha de Nacimiento _____

Apellido del paciente _____

Nombre _____

I _____

Fecha de Nacimiento _____

Apellido del paciente _____

Nombre _____

I _____

Fecha de Nacimiento _____

Propósito de la liberación de historial médico _____

- El historial médico completo Radiografías (Especificar): _____
 Información médica específica. Por favor describa la información que desea que mandemos: _____

*Si la información que usted desea que divulguemos contiene cualquier tipo de información los cuales están en la siguiente lista, esta información puede estar sujeta a leyes concernientes a este tipo de información y su manejo. Yo entiendo que al poner mis iniciales junto al tipo de información estoy dando permiso de que esta información sea liberada a la persona u organización que están en esta forma.

____ *Archivos acerca del SIDA O VIH ____ *Archivos de salud mental ____ *Exámenes Genéticos
____ *Tratamiento, diagnóstico por el abuso de Drogas/Alcohol, información de referidos

Reglamentos federales requieren una descripción de cuanto y que tipo de información va a ser divulgada. Describir: _____

Esta autorización puede ser cancelada cuando se desee con excepción de cuando la información haya sido ya mandada al destinatario. A menos que esta forma sea cancelada temprano, esta forma expira 180 días después del día que se firmó o se mantendrá vigente por un período de tiempo necesario para terminar su petición. Entiendo que la información usada o divulgada, de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a redivulgarse y a no estar protegida por ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la redivulgación de información de prueba o resultado de VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referido.

Firma del paciente o representante legal del paciente _____

Fecha _____

Escriba en letra de molde nombre del paciente o representante legal _____

Fecha _____

Identificación del solicitante ha sido verificada

Relación con el paciente: _____